ITEM 072 : TROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE ET APPARENTÉS À TOUS LES ÂGES

Fiche réalisée en priorisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges de Psychiatrie et Douleur/Soins palliatifs

Trouble à **symptomatologie somatique (TSS)** = chronicisation de symptômes physiques médicalement non expliqués avec un retentissement sur la qualité de vie.
Appelés aussi **Syndromes Somatiques Fonctionnels** (SSF) comme le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique…
Terme de **syndrome de détresse corporelle** qui reconnait la souffrance des malades, mais le mot détresse à une connotation « psychique ».

Trois types principaux : trouble à symptomatologie somatique, trouble de conversion (= trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle), crainte excessive d'avoir une maladie.
- Cela implique :
  - Une souffrance psychique avec altération du fonctionnement socio-professionnel.
  - Une sémiologie mentale « positive » : manifestations physiques associées à pensées, émotions et comportements spécifiques.
- Ne sont pas :
  - Un trouble factice (production intentionnelle de symptômes physiques).
  - Une simulation avec des mobiles externes (échapper à la justice, obtenir des indemnités…)
  - La peur d'une dysmorphophobie corporelle.
  - Des facteurs psychologiques influençant une autre affection médicale (*ex : stress sur coronaropathie).*
- **Prévalence du tb** = **5 à 10 %** dans la population, mais prévalence de l'expression de symptômes médicalement non expliqués en soins primaires : entre 40 et 49 %, et prévalence d'un diagnostic ponctuel d'au moins un TSF : entre 26,2 et 34,8 %.
Une des premières causes de consultation toutes spécialités confondues.

Présentation :
- Un ou plusieurs SSF (**chevauchement** fréquent), pas de **substratum anatomique** le + souvent, mais peut être présent (mais si présent n'explique pas l'ampleur du phénomène).
- **Sévérité** : stress post-traumatiques (SPT), spontanément **résolutifs**, de plus de **6 mois** (TSS), handicap sur long terme.
- **Prédictif** de sévérité : multiplicité des symptômes, niveau élevé d'anxiété pour sa santé, mauvaise qualité de vie perso/pro.
- **Évolution** : disparition, régression, persistance.

Facteurs :
- **Favorisants** : évènements traumatiques de l'enfance et évènements de vie.
- **Prédisposants :** antécédent de maladie « *organique* », résultats d'analyses et d'imagerie en faveur d'une maladie à un stade infraclinique, culture et/ou l'éducation (consultations, traitements ou non en cas de plaintes dans l'enfance), système de santé et l'accès aux soins, épigénétique (mécanismes modifiant de manière réversible l'expression des gènes sans changer la séquence de l'ADN).
- **Étiologiques** : excès de nociception résultant d'une sensibilisation centrale, attention excessive aux sensations somatiques, catastrophisme = attribution des sensations à une signification menaçante.
- **Précipitants** : accidents de la vie, maladies aiguës, des évènements traumatiques.
- **D'entretien** : absence de support personnel et professionnel, vitement de l'effort ou des actes de la vie quotidienne.
- **Chronicisation** : niveau élevé d'inquiétude pour sa santé, comorbidités anxio-dépressives, conviction d'être malade, perte de confiance dans les professionnels de santé avec la multiplication des examens, des avis, voire un recours à des médecines dites alternatives et complémentaires, bénéfices primaires (soulager un conflit intrapsychique avec la reconnaissance du statut de malade pour restaurer une identité sociale) et secondaires (gratifications matérielles, arrêts de travail).

- CIM 11 : **syndrome de détresse corporelle** avec au moins 3 symptômes parmi activation neurovégétative/cardio-vasculaire, activation gastro-intestinale, tension musculosquelettique et symptômes généraux, entraînant un handicap significatif et avec DD écartés.
- **Syndrome somatique fonctionnel** dans les spécialités non psychiatriques :
  - Gastro-entérologie → syndrome de l'intestin irritable/trouble fonctionnel intestinal (TFI) ; dyspepsie non ulcéreuse.
  - Gynécologie → syndrome prémenstruel ; algies pelviennes chroniques ; vulvodynies.
  - Rhumatologie → fibromyalgie.
  - Cardiologie → précordialgies à coronaires saines.
  - Pneumologie → syndrome d'hyperventilation.
  - Immunologie → syndrome de fatigue chronique.
  - Neurologie → céphalée de tension.
  - Stomatologie → syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM) ; glossodynie.
  - ORL → rhinite chronique non allergique.
  - Allergologie → intolérance environnementale idiopathie.

- **Association** fréquente avec **trouble médical non psychiatrique** (fibromyalgie et rhumatisme inflammatoires, trouble fonctionnel intestinal et maladie inflammatoire chroniques de l'intestin…)

TROUBLE PSYCHIATRIQUE	**Trouble à symptomatologie somatique** *Prévalence 5 à 7 %*	**Association au sujet de signes et symptômes physiques** mésinterprétés comme relevant d'une pathologie non psychiatrique grave : - Pensées (avec anticipation des conséquences potentiellement catastrophiques). - Émotions anxieuses (soucis, préoccupations, inquiétudes sur la santé). - Comportement (consultation…) ± symptomatologie douloureuse prédominante.
	Trouble de conversion *5 % des consultations de neurologie*	**(= Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle).** - Déficit moteur ou sensoriel incompatible avec la systématisation du système neurologique, mais **suggérant la présence d'un trouble neurologique ou médical autre.** - Mécanismes de dissociation fréquents (déréalisation et dépersonnalisation). ± pensée/émotions/comportements anxieux. ± facteurs de stress. - Examen neurologique excluant une maladie neurologique ± EEG normal si convulsions.
	Crainte excessive d'avoir une maladie *Prévalence 3 à 8 %*	**En l'absence de signes et de symptômes physiques** pénibles ou invalidants par eux-mêmes. - Pensées (avec anticipation de l'apparition d'une maladie grave). - Émotions anxieuses (soucis, préoccupations, inquiétudes sur la santé). - Comportement (consultation…)
DIAGNOSTIC	DD	- **Pathologie médicale non psychiatrique** : à éliminer systématiquement au début de la prise en charge, mais attention à ne pas trop prescrire d'examens complémentaires « pour rassurer » car risque d'aggravation des troubles. - **Pathologie médicale psychiatrique.** - **Troubles factices = syndrome de Münchhausen.**
	Comorbidité	- **Trouble psychiatrique** : trouble dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble de l'adaptation, trouble de personnalité, trouble dissociatif, trouble de stress post-traumatique. - **Pathologie médicale non psychiatrique** fréquemment associée.
TTT	- **Hospitalisation en général non nécessaire**. - **Hospitalisation courte en médecine** : parfois indiquée pour la réalisation d'examens complémentaires éliminant un diagnostic différentiel non psychiatrique. - **Hospitalisation en psychiatrie** : comorbidité psychiatrique avec signes de gravité.	
	Éducation thérapeutique	- But : . Orienter le patient vers un suivi psychiatrique et une PEC coordonnée, réassurance ++. . Ne pas multiplier les investigations paracliniques contribuant à l'entretien des troubles. - Reconnaitre que les symptômes sont « **véritables** », recueil **exhaustif** de tous les spt et de l'expérience qu'en fait le malade, ce qu'il en expérimente… - Nommer le trouble, **rassurer** sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune et reconnue en prenant en compte le besoin de légitimation sociale : « *maladie socialisée (**sickness**)* ». - Recherche des facteurs déclenchants et des facteurs de stress maintenant les symptômes. - Permettre la réunion de « *la maladie du médecin* (***disease***) » réalité biologique objectivable et « *la maladie du malade (**illness**)* » réalité subjective issue de l'expérience vécue. - Discuter du traitement : médicaments souvent inefficaces, traitement psychologique efficace. - Maintenir une prise en charge collaborative avec le médecin orientant le patient et le psychiatre ± certains avis spécialisés ponctuels. → Objectif de maintien de l'alliance thérapeutique ++. - **Négociation des objectifs et des moyens de la thérapie qui doivent être atteignables** (centrés sur l'atténuation des symptômes et de leur retentissement psychosocial).
	PEC des comorbidités	- Trouble dépressif caractérisé, trouble anxieux : **antidépresseur, psychothérapie.** - Trouble de l'adaptation, trouble de personnalité : **psychothérapie seule**.
	Traitement spécifique	- **Thérapie cognitivo-comportementale** : redonner leur juste place aux sensations corporelles, lutte contre les conduites d'évitement, diminuer l'anticipation cognitive. => efficace même à long terme, réduisant la sévérité. => limite = soignants formés insuffisants (obj de SP : formation de soignant d'une durée de 14 h). - **Relaxation** avec **exercices respiratoires, baisse de la tension musculaire, biofeedback.** - **Méditation** avec **exercices d'entraînement attentionnel.** - **Thérapie familiale** chez l'enfant/adolescent ou en cas de facteur de stress familial. - Promotion de l'**exercice physique** (si fatigue et/ou douleur).
	Traitement médicamenteux	**Antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine avec ou sans action sur la noradrénaline) et psychotropes :** - Pas d'efficacité supérieure au placebo. - Les effets indésirables peuvent amplifier les symptômes. - Antidépresseurs éventuellement utiles pour traiter les comorbidités anxieuses et dépressives. **Produits dits naturels (phytothérapie, etc.)** Pas d'efficacité supérieure au placebo.

CHEZ L' ENFANT	- Très fréquents : prévalence = **12 %.**	
	FdR	- Facteurs de stress. - Trouble anxieux ou dépressif. - Certaines dimensions de la personnalité. - Antécédents familiaux de troubles à symptomatologie somatique et apparentés. - Faible niveau socio-économique. - Difficultés de communication intrafamiliale, réponse de la famille aux émotions.
	PEC	- Démarche de recours aux soins la plupart du temps effectuée par les parents et non par les enfants et adolescents eux-mêmes. - Hospitalisation parfois nécessaire pour évaluation pluridisciplinaire : explorations médicales non psychiatriques (éliminer DD) + pédopsychiatrie. - Prendre en compte les représentations familiales pour obtenir une alliance thérapeutique. - Programme d'intervention auprès de l'enfant et de sa famille (thérapie systémique, thérapie familiale) pour apprendre à communiquer sur les facteurs de stress. - Psychothérapie individuelle (TCC efficace).

FIBROMYALGIE

DESCRIPTION	Fait partie des **syndromes douloureux nociplastiques** (avec les TFI, les cystalgies à urines claires, le syndrome de Tietze, le syndrome de l'articulé temporo-mandibulaire et les céphalées de tensions) sans lésion somatique identifiée.	
	Prévalence	- Une des pathologies douloureuses chroniques diffuses **les plus fréquentes :** 1,6 % de la population adulte avec prédominance féminine *(3,5 % VS 0,5 %).*
	Comorbidité	- Étiologie **controversée,** mais maladie bien **réelle.** - Comorbidités fréquentes : **troubles anxieux**, **dépression**, hypervigilance, névrosisme, sentiment d'injustice, stratégies d'ajustement peu flexibles, catastrophisme. - **Nommer** la fibromyalgie réduit l'inquiétude des patients et construit un projet thérapeutique. - Peut être associée à d'autres maladies et amplifier la comorbidité.
	Dépistage	- Questionnaire **FiRST** : 6 questions sur des symptômes depuis au moins 3 mois. ➔ Positif si 5/6 *(spécificité et sensibilité 85 %).*
DIAGNOSTIC	Critères ACR 2016	- Douleurs diffuses depuis **≥ 3 mois** non expliquées par une autre pathologie. - Au moins **4/5** régions du corps. - Index de Douleur Diffuses et de Sévérité des Symptômes importants. - Dg de fibromyalgie n'excluant pas une pathologie associée.
	Signes cliniques	- **Douleur +++** constante et sévère, prédominance **axiale** et para-vertébrale, parfois migratrices ou par crises. ± Symptômes associés : . Asthénie 90 % des cas. . Troubles du sommeil 75 % des cas. . Dérouillage matinal 80 % des cas. . Migraines ou céphalées de tension 50 % des cas. . Troubles digestifs fonctionnels 50 % des cas. ± Secondaire à d'autres pathologies douloureuses ou non (lombalgie, arthrose, lupus, PR, G-S, SPA, maladie de Lyme, syndromes post-viraux…)
	DD	- Rhumatologie/maladie de système : polyarthrite rhumatoïde, Goujerot-Sjögren, lupus, spondylarthropathie, pseudo-polyarthrite rhizomélique, hyperlaxité. - Neurologie : myosite, myélopathie, neuropathie périphérique. - Endocrinologie : troubles métabolique (TSH, PTH, vitD…) - Maladie psychiatrique : anxiété, dépression. - Infections : hépatite C. - Pathologie tumorale. - Médicament : statines (douleurs musculaires), opioïdes (hyperalgésie), chimiothérapies (douleurs neuropathiques), anti-aromatases (arthralgie et douleur diffuse), bisphosphonates (douleurs osseuses).
	Examens paracliniques	- **Les limiter +++.** - Bilan minimal = syndrome inflammatoire (NFS, CRP), vit D, calcium, phosphore, TSH, ionogramme, enzymes hépatiques. ± bilan auto-immun et PTH selon orientation.

PHYSIOPATHOLOGIE	Hypothèses	- **Désordre neurologique central** = hypothèse principale. - Désordre neurologique périphérique. - Troubles neuroendocriniens (peuvent être liés à choc psychologique ou physique). - Anomalies génétiques *(très peu fréquent).* - Anomalies psychologiques (souvent anxiété et éléments dépressifs associés). - Carence. - Iatrogénie. - Trouble de l'adaptation, de la flexibilité (difficulté à faire face et dramatisation excessive = catastrophisme). → **Syndrome multifactoriel +++** avec de nombreux mécanismes physiopathologiques intriqués.
PEC	- **PEC multimodale et pluridisciplinaire.** - **Approche non médicamenteuse en 1re intention** : exercice physique, PEC psychologique. - Éducation des patients (et de la famille chez l'enfant).	
	Traitements non médicamenteux	- Approches multidisciplinaires. - **Exercice physique** +++ (aérobie, milieu aquatique, mouvements méditatifs). - TCC ; relaxation et méditation (imagerie mentale, biofeedback, hypnose et méditation pleine conscience).
	Traitements médicamenteux	- Pas d'AMM en Europe. - PAS d'opioïdes forts, corticostéroïdes ou benzodiazépines. - Antalgiques classiques peu efficaces (tramadol > autres antalgiques), surtout utiles avant en prévention avant situation à risque de majoration des douleurs. - Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (ISRS peu efficaces). - Antiépileptiques (prégabaline et gabapentine). - Hypnotiques si troubles du sommeil (pas d'action sur la douleur).